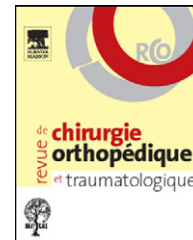




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



FAIT CLINIQUE

Transformation d'ostéome ostéoïde en ostéoblastome : réalité ou fiction ?[☆]

Osteoid osteoma transformation into osteoblastoma: Fact or fiction?

F. Chotel^{a,*}, F. Franck^a, F. Solla^a, F. Dijoud^b, R. Kohler^a, J. Berard^a,
K. Abelin Genevois^a, le Groupe sarcome français – Groupe d'études des
tumeurs osseuses (GSF–GETO)¹

^a Service d'orthopédie pédiatrique, hôpital universitaire femme-mère-enfant de Lyon, groupement hospitalier Est, hospices civils de Lyon, université Claude-Bernard Lyon 1, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron, France

^b Centre de pathologie Est, groupement hospitalier Est, hospices civils de Lyon, université Claude-Bernard Lyon 1, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron, France

Acceptation définitive le : 15 avril 2012

MOTS CLÉS

Ostéome ostéoïde ;
Ostéoblastome ;
Enfant ;
Tumeur osseuse ;
Transformation

Résumé

Introduction. – Ostéome ostéoïde et ostéoblastome sont deux tumeurs bénignes ostéoformatrices rares. Il est maintenant admis qu'elles sont distinctes par leur présentation clinique, radiologique et leur évolutivité. L'analyse approfondie de deux cas suggérant une possible transformation d'un ostéome ostéoïde en ostéoblastome conduit les auteurs à discuter la filiation entre ces lésions : est-elle un mythe ou une réalité ?

Cas cliniques. – Dans le premier cas, la découverte d'une petite lésion métaphysaire du tibia proximal chez une fille de 11 ans amène dans un premier temps au diagnostic d'ostéome ostéoïde. Cependant l'évolutivité de la douleur et la franche progression tumorale en quelques semaines conduisent à une biopsie. Le diagnostic d'ostéoblastome agressif est finalement retenu. Après révision du dossier, l'hypothèse d'un ostéoblastome natif observé en phase précoce de développement est posée. Dans le second cas, une lésion lacunaire centimétrique intracorticale de la diaphyse fémorale chez un garçon de 14 ans, typique d'un ostéome ostéoïde, est excisée « en bloc ». Un an et demi plus tard, la récurrence sous forme d'une lésion asymptomatique de 20 mm de grand axe est de nouveau excisée. Après relecture histologique, c'est le diagnostic de récurrence d'un ostéome ostéoïde incomplètement excisé qui est retenu.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2012.03.017>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : franck.chotel@yahoo.co.uk (F. Chotel).

¹ Centre Léon-Bérard, 28, rue Laënnec, 69373 Lyon cedex 08, France.

Discussion. — L'existence de similitudes histologiques entre les deux tumeurs ainsi que l'argument taille lésionnelle peuvent parfois être source de confusion. La confrontation entre clinicien et pathologiste reste fondamentale, prenant en compte, entre autres, la notion d'évolutivité.

Conclusion. — Les auteurs insistent sur les différences histologiques entre ces lésions et remettent en cause le concept de transformation d'un ostéome ostéoïde en ostéoblastome. Ces tumeurs sont des entités différentes qui ne doivent plus être distinguées par leur taille comme cela fut longtemps le cas.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'ostéome ostéoïde et l'ostéoblastome sont deux tumeurs bénignes ostéoformatrices rares qui représentent respectivement environ 12% et 3% de l'ensemble des tumeurs osseuses bénignes [1,2]. Les similitudes histologiques entre ces deux tumeurs ont amené par le passé à les considérer comme des variantes d'une seule et unique tumeur [3–5]. La taille de la lésion a longtemps été un facteur discriminant : l'ostéome ostéoïde présentant une croissance limitée et une taille inférieure à 15 ou 20 mm de diamètre, l'ostéoblastome pouvant devenir beaucoup plus volumineux. Il est maintenant admis que ces deux tumeurs sont des entités clairement distinctes par leur distribution squelettique, leur présentation clinique, radiologique et surtout leur évolutivité [6–9]. Cependant, l'existence de cas frontières difficiles à classer et la description de quelques formes de passage présumé du stade d'ostéome ostéoïde en ostéoblastome ont conduit à relancer le vieux débat de la tumeur unique [10–12]. L'analyse approfondie d'une possible transformation d'un ostéome ostéoïde en ostéoblastome dans deux cas conduit les auteurs à discuter la filiation entre ces lésions : est-elle un mythe ou une réalité ?

Cas numéro 1

Une jeune fille de 11 ans présentait des douleurs de la face latérale du genou, d'apparition progressive et sans facteur déclenchant. Les douleurs étaient d'abord d'horaire mécanique puis à type de fond douloureux continu (sans réveil nocturne). Les clichés radiographiques réalisés deux semaines après les premiers symptômes révélaient une image lytique de 12 mm de grand axe, aux dépens de la corticale antéro-latérale de la région métaphysaire proximale du tibia gauche (Fig. 1). Le scanner montrait une lacune de 9 mm de diamètre avec un très fin liseré d'ostéocondensation périphérique et une calcification évocatrice de nidus (Fig. 2).

Devant l'hypothèse d'un ostéome ostéoïde, une scintigraphie osseuse était réalisée et montrait une hyperfixation intense en spot en regard de la lésion, prédominante aux temps précoces et persistante aux temps tardifs (Fig. 2).

Ces différentes caractéristiques faisaient alors évoquer le diagnostic d'ostéome ostéoïde et une exérèse chirurgicale à ciel ouvert (compte tenu de la localisation) était programmée. Dans l'attente du geste chirurgical, les douleurs s'intensifiaient pour devenir continues, lancinantes,

puis rapidement résistantes au paracétamol. L'introduction d'aspirine fut efficace pendant plusieurs semaines, puis les douleurs réapparaissaient progressivement (interruption de la prise d'aspirine deux semaines avant la date prévue pour l'exérèse). Cinq mois après le début des premiers symptômes, l'enfant a été hospitalisé en vue de l'intervention chirurgicale. Au cours du repérage peropératoire de la lésion par fluoroscopie, il a été constaté une nette augmentation de la taille de la lacune, cette fois mesurée à 30 mm de grand axe. Ces constatations ont fait renoncer au geste exérèse et ont conduit à ne réaliser qu'une simple biopsie. Au cours de ce geste, il était noté la disparition de la corticale latérale au contact de la lésion, associée à un épaississement périosté. La biopsie ramenait un tissu mou, charnu et friable de couleur rougeâtre associé à de petites zones de grains blancs, qui a été envoyé pour examen anatomopathologique et bactériologique de principe.

Des clichés radiographiques et un scanner ont été réalisés dans les suites immédiates de la biopsie osseuse (Fig. 3). Les résultats de l'analyse bactériologique étaient négatifs et l'examen anatomopathologique retrouvait une lésion agressive conduisant à prendre d'autres avis (CHU Timone, Marseille et Mayo Clinic de Rochester, États-Unis). C'est finalement le diagnostic d'ostéoblastome agressif qui prévalut sur celui d'ostéosarcome de bas grade (ou ostéosarcome « osteoblastoma-like ») (Fig. 4 et 5), et un curetage minutieux avec comblement par greffe osseuse autologue de la cavité restante fut réalisé. Le diagnostic anatomopathologique d'ostéoblastome fut confirmé sur le résidu lésionnel, avec un aspect moins agressif que celui noté au décours de la biopsie. Dans les suites de ce geste chirurgical, il était noté la disparition complète des douleurs. La consultation à six mois de recul de l'intervention montrait une enfant asymptomatique ayant repris une vie sportive normale et des clichés radiographiques objectivant un remaniement de la trame osseuse.

Cas numéro 2

Un adolescent de 14 ans était adressé pour tuméfaction douloureuse de la cuisse gauche évoluant depuis un mois. Une perte d'appétit était rapportée avec des douleurs continues mais à recrudescence nocturne. La radiographie initiale objectivait un épaississement cortical diaphysaire, par appositions périostées lamellaires, centré par une image lacunaire centimétrique (Fig. 6).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091551>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091551>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)